

Saúde pública e suicídio no Amapá: uma “surdez” compreensível

Miguel Gil Pinheiro Borges

E-mail: mgpborges@gmail.com

RESUMO: O presente texto surge em resposta a um incômodo do autor em relação ao fenômeno do suicídio no Amapá, mais especificamente, em como os representantes legais, deputados estaduais e vereadores, vêm lidando com a questão. Por meio de leituras bibliográficas e documentais, entrevistas com algumas lideranças públicas e levantamento de projetos de lei que abordam o tema na Assembléia Legislativa do Amapá e na Câmara Municipal de Macapá, chegou-se, preliminarmente, a conclusão que o tema é pouco discutido, tanto técnica quanto cientificamente. Isto é significativo em dois aspectos principais: Primeiro, por uma preocupação com o que há de conhecimento local produzido sobre o fenômeno do suicídio e suas elevadas taxas na realidade amapaense que, até o presente, parece ser indiferente à comunidade científica - fato que se revela pela escassez, quantitativa e qualitativa, de acervo e de produção científica local sobre o tema; E, uma segunda preocupação nos ocorre, pelo aspecto técnico, que é a consequência de tal escassez de informações inibi a intervenção de profissionais da área, da participação esclarecida da sociedade civil no tratamento da questão e, dos líderes públicos na tomada de decisão para a formulação de políticas de saúde pública que contemplem a problemática do suicídio. Ambos os aspectos nos fazem supor que o suicídio, para ser combatido, demanda uma abordagem interdisciplinar que tem se apresentado por duas grandes dificuldades: um linguajar fragmentador e uma “surdez” emocional entre as várias áreas do conhecimento que são necessárias à composição desta interdisciplinaridade – dificuldades estas de caráter, metodologicamente, reversível.

Palavras-chave: Suicídio, Saúde pública, Amapá, Surdez.

ABSTRACT: Public health and suicide in Amapá: a comprehensible deafness. This text has become as an answer to a bothersome of this author in relation to the suicide phenomenon in Amapá, more specifically, as how the legal representants, state deputy and city councilor have been dealing with this subject. Through bibliographic and documental readings, interviews with some public leaders and a search in the Legislative Assembly of Amapá and in the City Council of Macapá on law project about suicide, we have realized, preliminary, that the suicide subject is barely discussed, technically and scientifically. It is significant in two main points. Firstly, a concern about local knowledge production about suicide and

its high level in Amapá's reality, that so far seems to be indifferent to the scientific community – fact that is revealed on the small amount, quantitative and qualitative, of local scientific papers production about suicide. Secondly, a technical aspect worry us, in order of this poorness of scientific papers we take a risk of inhibit an intervention and participation of professional people on taken decisions and formulation of public health policy that contemplate the suicide problem in Amapá. Both of these main points, make us to assume that suicide, to be fought, demands an interdisciplinary approach that have two main difficult: a disintegrated language and an emotional deafness among many of scientific knowledge areas required to the composition of this interdisciplinary – these difficulties are methodologically reversible.

Keywords: Suicide, Public health, Amapá, Deafness.

O suicídio se apresenta como tema complexo e de difícil compreensão, pois é neste sentido e não em outro qualquer, que devemos buscar produções de inteligibilidades norteadoras das práticas e dos discursos que visem reduzir suas atuais taxas, intervir e prevenir o seu acontecimento.

A complexidade do tema e a dificuldade de compreensão do mesmo parecem ter uma raiz comum – a relação homem/mundo e a pluralidade de sentidos e significados provenientes desta relação. Uma dessas pluralidades vem da Ciência como um todo, que se ramifica e compartimenta-se em várias outras áreas (jurídicas, antropológicas, psicológicas, sociológicas e etc.). Em outras palavras, as ciências surgem como discursos e práticas diversas que tentam compreender essa relação homem/mundo, esse enraizamento do homem no mundo. Nas palavras de Merleau-Ponty (1999, p. 3):

Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é expressão segunda.

Essa pluralidade de sentidos e significados possibilita criar uma gama infinita de discursos sobre um determinado tema. No caso do suicídio, as várias ciências (jurídicas, antropológicas, psicológicas, sociológicas e etc.) têm leituras e compreensões diferentes, com convergências e divergências teórico-práticas em pontos diversos. Assim, o suicídio pode ser abordado de formas diversas e a partir de várias concepções teórico-práticas.

A intenção aqui é a de produzir reflexão sobre o suicídio no Amapá, particularmente considerando a sua inserção (ou ausência) nas políticas públicas de saúde aqui existentes. Entretanto, ainda que seja apenas essa a intenção, essa reflexão nos solicita, hoje, dois olhares sobre esta realidade amapaense. Um teórico-conceitual

e, outro, prático – cabe o questionamento: como criar um canal de comunicação entre esses dois olhares?

Juntamente com tais necessidades, faz-se pertinente considerarmos a carência de produção científica local sobre o assunto e, especialmente, focando-se na realidade do Estado. Isto nos remete ao desafio da pesquisa científica neste campo. Esta se constitui uma motivação. Mas, do ponto de vista da possibilidade de traçar proposições práticas de intervenção política planejada, com iniciativas eficientes e eficazes, com uma abordagem mais precisa e amadurecida, a nossa realidade técnica requer um suporte teórico de embasamento, um parâmetro basilar que deve ser coerente com as nossas idiossincrasias – tal parâmetro encontra-se em fase de construção.

Partindo destas assertivas sobre a diversidade de abordagens e, considerando a dificuldade de acervo bibliográfico com referência a dados locais do Estado sobre o suicídio, ressalta-se que este trabalho nasce como resultado inicial de uma pesquisa de campo¹. Para tal, foi necessário levantamento bibliográfico em diversos acervos públicos e de particulares. Dentre eles, bibliotecas, internet², livrarias e instituições públicas. Nestas últimas se inclui a Assembléia Legislativa do Amapá e a Câmara de Vereadores de Macapá onde se buscou saber sobre os projetos de lei que transitaram (arquivados ou aprovados), ou em trânsito em alguma comissão daquelas casas de lei – nenhum projeto de lei que tratasse do tema, de forma direta ou indireta, foi encontrado.

Entendemos que uma discussão do tema suicídio no Amapá e políticas públicas, para além dos relatos das tentativas de suicídio que nos são oferecidos como informe sobre o tema, a questão perpassa pelo reconhecimento da necessidade de compreensão científica sobre o mesmo, de forma que se engendrem parâmetros norteadores à gestão pública enquanto instrumento de alcance e consumação das demandas da sociedade civil como um todo. E aqui, especialmente, estamos tratando de políticas públicas de saúde, tenham elas caráter preventivo e/ou curativo.

Feitas essas considerações metodológicas preliminares, faz-se agora algumas outras observações sobre o suicídio.

O suicídio se configura como uma forma paradoxal de morrer, isto é, um sujeito, teoricamente falando, deveria buscar viver (e, talvez, caiba um questionamento filosófico: o que significa viver, afinal?), mas algo acontece e ele decide ceifar a própria vida. Depreende-se que o suicídio, como tema complexo que é, perpassa pelo processo/relação saúde-doença, pois é considerado um problema de saúde pública, tendo uma correlação significativa entre suicídio e transtornos mentais (BRASIL, 2006a).

Para se ter uma noção dessa correlação, há estudos em países desenvolvidos e em desenvolvimento que revelam uma prevalência de 80% a 100% de transtornos mentais nos suicídios com êxito letal. Portanto, melhorar a detecção, o referenciamento e o manejo dos transtornos psiquiátricos na atenção primária são passos essenciais na prevenção do suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000). Desta

¹ Os dados que subsidiam este artigo são dados de coleta de pesquisa que vem sendo desenvolvida, há um ano, pelo autor deste trabalho.

² (MEDLINE, PsychINFO, SciELO e Biblioteca Virtual em Violência e Saúde da Bireme).

forma, pergunta-se: qual a “receita” para prevenir o suicídio e reduzir suas atuais taxas no Amapá? Tentaremos esboçar, mais adiante no texto, um proposta integradora como resposta a esta pergunta.

Partindo desses indícios, torna-se essencial problematizar os conceitos saúde e doença, visando compreender seus limites e utilidades enquanto produtores de inteligibilidade que norteiam as práticas (neste caso, as políticas públicas) voltadas para os processos de prevenção do suicídio e de redução de suas atuais taxas no Amapá.

A noção de saúde, assim como a noção de doença, parece estar limpidamente esclarecida para a população de modo geral e para os profissionais da saúde; porém, quando se tenta melhor compreender limites e usos dessas definições, percebe-se a existência de uma grande confusão conceitual.

Segundo Romero (1996, p. 53), há dois conceitos de saúde utilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “A saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não só ausência de doença ou enfermidade”. O próprio autor caracteriza essa definição como sendo “subjativa”, “pretensiosa” e “extrapolada”. Percebe-se ainda, nessa definição, que a mesma continua vinculada à idéia de doença, de enfermidade, permitindo entender uma relação de coexistência conceitual, ou seja, um (saúde) não existe sem o outro (doença). Outros questionamentos que se pode levantar em relação a essa definição são os seguintes: o que seria esse completo bem-estar físico, mental e social? Segundo a perspectiva de quem? É possível atingi-lo?

A segunda definição de saúde, da OMS, segundo Romero (1996, pp. 54-55), é: “Saúde é um estado ou qualidade do organismo humano expressando o funcionamento adequado do organismo em determinadas condições genéticas e ambientais”. Trata-se de uma definição mais abrangente, pois inclui condições genéticas e ambientais, isto é, condições relacionais. Mas por outro lado, a idéia de “funcionamento adequado” implica se pensar em algum critério como ponto de referência, pois algo só pode ser adequado em relação a algum padrão, mais especificamente, a algum valor. Assim, sugere-se que no lugar de “adequado” utilize-se a ideia de possibilidade, viabilidade, pois o homem é um ser contextual e interage com o mundo da melhor forma que pode em um dado momento – isto não implica afirmar que esta interação aconteça seguindo os padrões estabelecidos histórico-culturalmente de uma sociedade.

A saúde, pelo menos socialmente falando, parece ser menos evidente do que a doença, por se acreditar que a pessoa saudável não demanda tanta atenção por não “incomodar” e não por em risco a segurança de ninguém. Por outro lado, de forma simplificada, a doença parece necessitar de atenção, tanto pessoal quanto social, em outras palavras: aquele sujeito, tido como doente, “perturba” o seu contexto e, portanto, deve ser “tratado”, “enquadrado”, trazido de volta aos braços da “mãe maioria”, da “normalidade”.

Para aprimorar a ideia de que o doente aparenta perturbar o seu contexto, faz-se necessário definir o que é doença, segundo Stedman (1996, p. 367):

1. Morbus; doença, enfermidade; uma interrupção, sensação ou distúrbio de funções, sistemas ou órgãos do corpo.
2. Uma

entidade mórbida caracterizada geralmente por, pelo menos, dois destes critérios: agente etiológico reconhecido, grupo identificável de sinais e sintomas ou alterações anatômicas compatíveis.

Esta definição parece muito apropriada ao modelo de causalidade médico (causalidade linear) no qual existe um causador conhecido (agente etiológico reconhecido) ou um quadro nosológico que é construído a partir de sintomas e sinais. Porém, parece não ser coerente como o fenômeno do suicídio, que demanda, para sua melhor compreensão, um modelo de causalidade recursivo.

Na tentativa de elaborar um conceito de doença que seja satisfatório, Romero (1996, p. 55-56) propõe o seguinte: “doença é uma disfunção orgânica que implica numa desregulação ou ausência de uma função vital, que afeta, em grau variável, um órgão, um sistema e inclusive o organismo como totalidade”. O autor ainda destaca que normalmente ocorre um mal-estar físico durante o processo de adoecimento – e como ficariam as doenças e os fenômenos que podem não apresentar um mal-estar físico, o câncer, o suicídio, por exemplo.

Destacamos a existência de outras definições de saúde e de doença, não citadas aqui, que seguem um sentido único, isto é, a existência de um ideal (saúde) almejado que deve ser alcançado, e a existência de um estado (doença) que deve ser evitado. Quando, em verdade, o que parece existir é uma infinidade de estados e ideais que se configuram e se reconfiguram a partir de histórias filogenéticas, ontogenéticas, momento atual e perspectivas de futuro.

Tendo questionado brevemente os conceitos de saúde e de doença, pode-se afirmar que ambos são ambíguos, confusos e contraditórios. Assim, ambos precisam ser questionados quanto às suas limitações e utilidades enquanto produtores de inteligibilidade que norteiam a elaboração e a execução de políticas públicas voltadas para os processos de prevenção do suicídio e redução de suas atuais taxas no Amapá.

O suicídio é considerado um transtorno multidimensional, resultado de uma complexa interação entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos, biológicos. Esse fenômeno configura-se como problema de saúde pública de difícil prevenção e controle, pois nos remete a considerar a uma série de requisitos como: melhores condições de vida possíveis para a criação das crianças e dos jovens; um efetivo tratamento dos transtornos mentais; controle dos fatores de risco ambientais, dentre outros (OMS, 2000). Partindo da afirmação feita pela OMS, depreende-se que o suicídio por ser um tema amplo e de complexa compreensão, dificulta desta maneira um entendimento preciso de sua gênese.

Assim como é relevante problematizar os conceitos de saúde e doença, acredita-se ser essencial compreender os limites e as utilidades do conceito de *saúde pública*. Historicamente falando – e a história sempre pode ser relida e, portanto, recontada – a saúde pública foi compreendida e executada de várias formas no Brasil. Segundo Paulus Júnior e Cordoní Júnior (2006, p. 17), ela é, atualmente, compreendida, mas não executada, da seguinte forma:

A Constituição Federal²¹ de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

O mais curioso nessa relação suicídio-doença-saúde é o fato de o suicídio não ser considerado uma doença e nem necessariamente a manifestação de uma doença (OMS, 2000). Além do já destacado, entende-se que o suicídio envolve acirrados questionamentos e debates em áreas como religião (interpretações sobre “como” viver, morrer e suas conseqüências) e processos de subjetivação (configurações de sentidos e de significados sobre a morte e o morrer, a vida e o viver, para um sujeito e/ou um grupo social), dentre outras. Acreditamos que as questões religiosas e de produção de sentido e significados são duas condições: facilitadoras/dificultadoras, concomitantemente, de ouvir o diferente em um diálogo interdisciplinar sobre o tema – e outras condições que serão abordadas mais adiante no texto.

Historicamente, Segundo Oliveira e Lotufo Neto (2003), o trabalho de Emile Durkheim pode ser considerado um marco científico no estudo do suicídio, visto como disperso e aleatório – diferentemente de como é percebido atualmente. Durkheim elaborou uma tipologia interessante. *Suicídio egoísta*: resultado de uma individuação excessiva, com ênfase na autonomia das consciências individuais e na ausência de laços familiares ou de interações sociais significativas; *suicídio anômico*: associado ao desregramento, crises e mudanças a partir do enfraquecimento da malha social; *suicídio altruísta*: devido à subordinação dos indivíduos aos fins sociais; um ato percebido como um dever, um gesto impessoal (DURKHEIM, 1897 apud OLIVEIRA e LOTUFO NETO, 2003). Na perspectiva de Durkheim, o suicídio tem um componente essencialmente social, ou, em outras palavras, essencialmente relacional.

Quanto ao tratamento dado à questão do suicídio em termos de programas governamentais, no contexto nacional e atual, observa-se que o Brasil parece ter feito muito pouco desde 1999, ano do lançamento do SUPRE (*SUICIDE PREVENTION PROGRAM*) pela OMS, como uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio (OMS, 2000). O Ministério da Saúde brasileiro publicou a portaria N° 1.876, de 14 de agosto de 2006 que instituiu Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio para ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão. Esta portaria elenca vários itens legais, epidemiológicos, financeiros, e inclusive uma recomendação da OMS de que os Estados Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio. A portaria 1.876 faz alusão, também, à portaria 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005 que instituiu Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2006b).

Considerando a publicação dessas duas portarias, surge uma curiosidade no sentido de compreender os desdobramentos práticos, no Amapá, dessas publicações. Assim, torna-se importante saber como esses desdobramentos históricos se configuram atualmente neste Estado.

O suicídio se apresenta como tema tabu, ou seja, um assunto que deve ser comentado com a pessoa certa, no momento correto e de maneira apropriada. É um tema permeado de restrições morais e emocionais, evidenciando assim a ausência de discussão e, conseqüentemente, a pobre bibliografia disponível no mercado que, por sua vez, impossibilita profissionais, estudantes e a sociedade de modo geral a aprofundarem uma discussão mais aberta e favorável a construção de uma política pública que contemple as demandas locais mais imperativas, como é o caso da saúde em todos os seus aspectos, se considerarmos a relação que a mesma pode ter com os altos índices de suicídio no estado.

As pesquisas parecem trabalhar de forma polarizada, isto é, essencialmente quantitativas ou essencialmente qualitativas; com um enfoque extremamente “sociologizante” ou extremamente “psicologizante”. E, portanto, raros são os textos que realizam uma abordagem interdisciplinar. Mais raros ainda, as tentativas de correlacionar políticas públicas e suicídio.

Para se ter uma noção quantitativa, nos anos de 1994 a 2004 houve uma média entre 3,9 e 4,5 suicídios para cada 100 mil habitantes no mundo. No Brasil, no ano de 2004, a taxa de suicídio ficou em 4,5 para cada 100 mil habitantes, sendo a maioria constituída de pessoas do sexo masculino. Regionalmente, o Norte tem uma média de 3,17 suicídios para cada 100 mil habitantes, sendo a região brasileira com o menor número de suicídios registrados, encontrando-se em seu oposto as regiões Sul e Centro-Oeste com, respectivamente, 8,16 e 6,25 suicídios para cada 100 mil habitantes. Porém, quando se observam os números referentes a cada Estado e o Distrito Federal, o Amapá é o segundo, na região Norte, em números de suicídios com 6,87 casos para cada 100 mil habitantes, ocupando o quinto lugar nacionalmente, ou seja, um número acima das médias internacional, nacional e regional (BRASIL, 2006a).

Torna-se interessante salientar uma possível defasagem desses números, pois têm como referência o período entre 1994 e 2004 – reafirmamos aqui, novamente, a dificuldades do autor em localizar bibliografia científica específica sobre o tema suicídio, em especial o suicídio no Amapá. E, dificuldade ainda maior foi com respeito à variante do tema: suicídio no Amapá e políticas públicas específicas para prevenir o suicídio e reduzir suas altas taxas. Partindo-se desta dificuldade, a pesquisa vem buscando, por instrumentos como entrevistas e diálogos com profissionais da área, envolvidos em instituições públicas, responder aos seguintes questionamentos: como ocorrem, no Amapá, os processos de prevenção do suicídio e de redução de suas taxas? Já existem estudos que indiquem a redução de tal taxa? Há controle, por parte do Estado, efetivo desses números?

Para se ter uma ideia do impacto do suicídio, este é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países do mundo e uma das três maiores causas de morte na faixa

etária de 15 a 35 anos, podendo o custo financeiro desse padrão comportamental ser mensurado em DALYs (*disability-adjusted-life-years*, ou anos de vida ajustados às limitações). Segundo este indicador, em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda. Este é um custo equivalente ao das guerras e homicídios. Grosseiramente, aproxima-se do dobro do custo do diabetes, e também equivale ao custo do trauma e asfixias neonatais (OMS, 2000). Ou seja, é um problema de saúde pública que merece ser tratado como tal.

Sabe-se, empiricamente falando, que o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é sustentado com recursos públicos e não funciona de forma eficiente. Cristina de Oliveira et al (2008, 197) corroboram esta assertiva ao destacarem algumas dificuldades enfrentadas pelo SUS:

Após 15 anos da sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta como uma política que deve possibilitar tanto o acesso universal a cuidados básicos de saúde quanto de ponta. No entanto, sofre dificuldades associadas à insuficiência de recursos financeiros e materiais e à disparidade de salários e cargos, dentre outras. Essa realidade caracteriza uma tensão interna do sistema, que é vivenciada pelos profissionais de saúde, gerando a construção de uma forma particular de visualizar e de enfrentar tais dificuldades.

Desta realidade advêm outros questionamentos: quais os impactos do suicídio para os cofres públicos? E, especialmente, para os cofres públicos do Amapá? Quais os critérios utilizados para eleger a destinação de recursos para essa área da saúde pública? São critérios adequados à realidade amapaense?

Partindo da premissa de que o suicídio é um problema de saúde pública, e neste sentido o Estado desenvolve um papel essencial nesse processo de cuidar do que é público, torna-se importante problematizar a definição de Estado. Segundo Bastos (2004, pp. 42-43), o Estado é:

(...) uma espécie de sociedade política, ou seja, é um tipo de sociedade criada a partir da vontade do homem e que tem como objetivo a realização dos fins daquelas organizações mais amplas que o homem teve necessidade de criar para enfrentar o desafio da natureza e das outras sociedades rivais.

Entendemos que a definição de Bastos soa ideológica, belicosa e romantizada. O tom ideológico se configura quando o autor sugere que o nascimento do Estado se deve a um ato de vontade do homem, como se este tivesse plena ciência de seu passado, de seu presente e de seu futuro; o ar belicoso se deve ao papel de enfrentar os desafios da natureza e das outras sociedades rivais, como se o conviver social fosse essencialmente belicoso; e a visão romantizada aparece quando a definição de Bastos permite entender que a humanidade caminha para uma melhor organização, quando, em verdade, ela, a humanidade, caminha como pode e não como querem alguns, ou seja, as relações humanas são essencialmente imprevisíveis.

De qualquer maneira, o papel do Estado, em suas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), na saúde pública, é vital nos processos de prevenção e redução dos altos índices de suicídio. Desta maneira, o que existe de mais palpável e concreto para se compreender o papel e a atuação do Estado em qualquer área são as políticas públicas elaboradas e executadas por essas três esferas, mais especificamente, as estaduais e municipais, pois são estas as quais se pode ter uma participação e ingerência mais direta.

Feitas essas considerações sobre o suicídio, pode-se agora esboçar ³uma resposta à pergunta, talvez a mais eminente, feita inicialmente neste trabalho: qual a “receita” para prevenir o suicídio e reduzir suas atuais taxas no Amapá?

A proposição que nos cabe, até o momento, apresentar aqui é a de que para se prevenir o suicídio e reduzir suas atuais taxas no Amapá, devemos criar condições de diálogo entre as várias ciências que abordam a problemática, seja de uma forma direta ou indireta. O verbo dialogar suscita a percepção da problemática em questão como um todo. Mas demanda um órgão dos sentidos primordialmente, isto é, a audição – deve-se destacar que dialogar não implica concordância ou discordância de idéias, mas, essencialmente, trocas regidas pelo respeito.

E parece ser a condição de escutar o outro, verdadeiramente ou não, que constitui uma relação (interdisciplinar entre as várias ciências que abordam o tema) “tóxica” e “nutritiva”. O aspecto “tóxico” se configura quando a informação do interlocutor é por demais perturbadora, incoerente com as crenças do ouvinte. Já a relação “nutritiva” se apresenta quando a informação é coerente com as crenças do interlocutor. Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 12-13) se mostraram perspicazes quando fizeram as seguintes considerações sobre o “falar” e o “ouvir”:

O pior buraco em que posso pensar é o de uma pessoa que não tenha ouvidos. Isso é usualmente encontrado em pessoas que falam, falam e esperam que o mundo as ouçam. Elas usam as frases de outras pessoas meramente como um trampolim para replicar, se é que ouvem tanto. Essas pessoas certamente não ouvem; do meio ambiente, no máximo, abstraem o conteúdo e permanecem em um vazio intelectual. Temos uma polaridade peculiar neste mundo: escutar *versus* brigar. As pessoas que escutam não brigam, e as que brigam não escutam. Se as facções litigantes de nossa sociedade – parceiros de casamento, oponentes em negócios – abrissem os ouvidos e escutassem seus oponentes, as hostilidades no nosso ambiente e entre as nações poderiam diminuir enormemente.

Partindo das considerações feitas por Perls, Hefferline e Goodman, pode-se afirmar que há uma dificuldade de diálogo entre essas diversas áreas do conhecimento, a qual é permeada por um tom autoritário, absolutista e etnocêntrico que cria uma relação na qual as partes envolvidas não se escutam.

³ Esboçar no sentido de que os dados analisados e expostos aqui são preliminares, uma vez que a pesquisa se encontra em andamento.

Retornando ao esboço a pouco começado sobre “como criar as condições de diálogo entre essas várias ciências que abordam o tema suicídio?”, uma resposta que parece de fácil exposição nos precede: tratar a questão de forma interdisciplinar, multidisciplinar, integrada e holística. Porém, entre o significado que tais termos lingüísticos expressam (interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, integração, holismo) e a intervenção na prática, percebe-se uma enorme distância que, em verdade, deveriam se constituir em *o saber fazer* - atitudes não tão simples de serem estabelecidas em estruturas institucionais com práticas burocráticas enraizadas tradicionalmente.

As dificuldades em criar tais condições dialógicas, efetivas, se centram, pelo menos, em duas situações. A primeira diz respeito à própria dificuldade em ouvir e assimilar o diferente, o novo – estes parecem ser sempre amedrontadores, ameaçadores. O diferente, o novo vem para desconstruir, bagunçar, desestabilizar uma estrutura vital (crenças, convicções, verdades) – e soa como um discurso irracional, porém, se assemelha, e muito, ao que acontece em grupos sociais com ideais e perspectivas diferentes, a minoria é interpretada como errada.

Segundo Maturana (2002), qualquer sistema racional se baseia em premissas fundamentais aceitas *a priori*, e tal postura tem suas origens no domínio das emoções. Assim, a relação razão/emoção constitui-se de um complexo entrelaçamento que nutre continuamente os interesses de um pesquisador – é neste sentido que afirmamos, mais adiante no texto, que o problema da interdisciplinaridade pode ser resolvido por uma reconfiguração emocional. Isto é, em lugar de uma cultura regida pela competição e, portanto, negação do diferente, possamos cultivar uma cultura da cooperação, do respeito, da aceitação do diferente.

Significativo para este debate é considerar o discurso de que a emoção é anterior à razão, Maturana (2002, p. 42) desenvolve dois conceitos interessantes sobre possíveis formas de explicar a relação homem/mundo – todos e quaisquer conhecimentos são formas de explicar esta relação, sendo cada uma dessas formas regidas por um emocionar diferente: “objetividade-sem-parênteses” e “objetividade-entre-parênteses”. O primeiro conceito, um emocionar de competição, caracteriza-se por uma postura centrada na crença da existência de uma realidade independente do observador, passível de ser apreendida, conhecida por meio de certos instrumentos que ampliariam a eficiência dos órgãos dos sentidos (quantificação, mensuração, controle). O segundo conceito, um emocionar de cooperação, norteador pela crença de que não existe uma realidade externa independente do observador e que deve ser desvendada, o que existe são reformulações, aceitas pelo observador, da experiência com elementos da própria experiência.

A segunda dificuldade é essencialmente lingüística. Como configurar um discurso integrador em uma sociedade habituada a um linguajar fragmentador. A dificuldade parece, mais uma vez, de fácil solução, pois se apresenta como uma questão essencialmente terminológica, sendo assim, basta mudar o repertório lingüístico e a dificuldade está resolvida – mas, o certo é que o problema não está na mudança de um repertório lingüístico fragmentador para um outro integrador. O problema parece se centrar no papel da linguagem, e neste sentido, entendemos a linguagem não como

meio convencional de comunicação de um dado grupo, mas sim no sentido que Maturana e Varela (2004) sugerem, isto é, como constituinte do ser.

Morin (1996, p. 57) consegue pontuar muito bem a segunda dificuldade, esboçada anteriormente, quando faz um convite para se criar uma postura conjuntiva ao invés de uma disjuntiva, advertindo, inclusive, sobre os riscos e as dificuldades de se criar uma abordagem integradora na própria linguagem:

Devemos lutar contra a disjunção e a favor da conjunção, ou seja, estabelecer ligações entre coisas que estão separadas. Isto obriga a criar o que chamo de *macroconceitos* – conceitos encaixados, articulados uns aos outros – que, às vezes, provocam grandes dificuldades de assimilação. Por exemplo, para falar da organização viva, utilizaria o *macroconceito auto-geno-feno-ego-eco-re-organização*. Quando escrevo isto nove de cada dez leitores pensam que é totalmente ridículo. Não estamos acostumados a fazer estas articulações e devemos fazer um esforço para habituarmos-nos a esses *macroconceitos*.

A sugestão de Morin se apresenta como bastante interessante e produtiva, mas deve-se salientar que a construção de uma mentalidade integradora demanda tempo, reflexão e trocas respeitadas, pois sem estas trocas, o trabalho de criação e habituação desses *macroconceitos* torna-se de difícil concretização.

Outra situação se desprende desse raciocínio sobre a criação do ambiente propício às intervenções públicas no tratamento da problemática do suicídio, e se configura na seguinte questão: os setores públicos e os grupos profissionais responsáveis, por pensarem e planejarem as políticas públicas de saúde no estado do Amapá exibem comportamentos e perfil profissionais na direção conjuntiva proposta por Morin?

Por fim, considerando o estado da arte a qual se encontra a análise dos dados da pesquisa que se tentou esboçar aqui, podemos sugerir que a grande dificuldade em lidar com o suicídio no Amapá não advém simplesmente da ausência de vontade política em promover ações públicas de saúde, nem pela ausência de pessoal técnico e qualificado na área, tampouco de pesquisas científicas que subsidiem as tomadas de decisão de programas governamentais nesta direção. Apesar destes aspectos, todos concorrerem para o agravamento da situação de desinteresse, o aspecto mais revelador desse olhar sobre o suicídio no Amapá, ao que tudo indica, decorre, sobretudo, da ausência de um ambiente dialógico entre as áreas de conhecimento com interesse ao tema. E o que instiga é que não se vê perspectiva, pelo menos não de imediato, de mudança desse quadro. A sociologia, a psicologia, a psiquiatria, o direito, a pedagogia, o serviço social, a medicina, o desporto e lazer e todas as demais áreas com preocupação no desenvolvimento integral do ser humano, sequer escutam-se ou estão abertas ao “outro”. Isso seria o básico na produção de inteligibilidade.

O ambiente propício para tal produção pressupõe uma perspectiva complexa e conjuntiva que não se configura apenas por mudanças nas gestões públicas e suas prioridades nas políticas públicas; nas substituições de termos lingüísticos e metodológicos; na ausência de qualificação técnica, mas antes disso, por uma

reconfiguração de mentalidade científica, isto é, por uma reconfiguração emocional em um sentido *maturaniano* de uma “*objetividade entre parênteses*”.

Referências bibliográficas

BASTOS, C. R. *Curso de Teoria do Estado e Ciência Política*. 6ed. São Paulo: Celso Bastos Editora Ltda, 2004. pp. 42-43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Portaria n. 1876, de 14 de agosto de 2006. Brasília, 2006(b). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1876.pdf> Acesso em: 16 de set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental*. Brasília, 2006(a). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf> Acesso em: 16 de set. 2009.

CRISTINA DE OLIVEIRA, D. et al. *A Política Pública de Saúde Brasileira: Representação e Memória Social de Profissionais*. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008.

MATURANA, H. R. *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Tradução de José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

MATURANA, H. R. & VARELA, F. J. *A Árvore do Conhecimento: As Bases Biológicas da Compreensão Humana*. Tradução de Humberto Mariotti & Lia Diskin. 4ªed. São Paulo: Editora Palas Athena, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1999.

MORIN, E. cap 02. (1996). *Diálogo, Edgar Morin, Mony Elkaïm, Félix Guattari*. org.SCHNITMAN, D. F. *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*, Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

MORIN, E. *Introdução ao Pensamento Complexo*, 3ª ed. Lisboa: Stória Editores Ltda, 2001. p. 20.

OLIVEIRA, C. S. & LOTUFO NETO, F. *Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro*. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 30, n. 1, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000100001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 set. 2009. doi: 10.1590/S0101-60832003000100001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais*. Genebra, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf > Acesso em: 16 de set. 2009.

PAULUS JÚNIOR, A. & CORDONI JÚNIOR, L. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil*. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, dez. 2006.

PRACS: Revista de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP Macapá, n. 3, p. 175-187, dez. 2010

PERLS, F.; HEFFERLINI, R. & GOODMAN, P. *Gestalt–Terapia*. Tradução de Fernando Rosa Ribeiro. São Paulo: Summus Editorial, 1997. Pp 12-13.

ROMERO, E. *Essas Inquietantes Ervas do Jardim: O Normal e o Sintomático*. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos Ltda, 1996. pp. 53, 54-55, 55-56.

STEDMAN, T. L. *Stedman – Dicionário Médico*. 25ed. Tradução de Cláudia Lúcia Caetano de Araújo; Idília Ribeiro Vanzellotti; J. Israel Lemos e Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 1996. p. 367.

Artigo recebido em 27 de outubro de 2010.

Aprovado em 30 de dezembro de 2010.